№ 3 WARSZAWA, MARZEC 1935 ROK VII.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 6.— **Numer pojedyńczy Zł. 1.—**


BROMLECITHIN
POŁACZENIE BROMU z LECYTYNĄ
ZAWIERA 20% BROMU
NIEZAWODNY ŚRODEK USPAKAJAJĄCY
I WZMACNIAJĄCY SYSTEM NERWOWY
NIE WYWIERA ŻADNEGO SZKODLIWE-
GO DZIAŁANIA UBOCZNEGO·
POSTACIE:
ORYGINALNE RURKI ZAWIERAJĄ 20 TABL. PO 0,3 GR
FLAKONY " 100 " " 0,05 "
FABRYKA CHEMICZNA GEDEON RICHTER TOW. AKC. BUDAPESZT.
PRZEDSTAW. OPOTHERAPIA · WARSZAWA · KREDYTOWA 6·
RICHTER

Nowy
przeciwbólowy i przeciwgorączkowy środek
LUMBAGOL-AGE

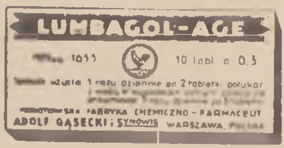
(Nr. reg. 1655)

Wapniowe połączenie kwasu phenylocinchoninowego z chininianem piperaziny i kwasem acetylo-salicylowym.

LUMBAGOL AGE jest energicznym **rozpuszczalnikiem** kwasu moczowego i soli jego moczanów, oraz wybitnym środkiem **moczopędnym.**

LUMBAGOL AGE działa skutecznie w przypadkach, w których inne środki zawodzą.

LUMBAGOL AGE nie posiada żadnego ubocznego działania, nawet przy dłuższem stosowaniu.



Wskazania: Lumbago, ischias, reumatyzm, artretyzm, bóle stawowe, kostne i neuralgiczne, piasek i kamica nerkowa, grypa, przeziębienia, zła przemiana materji i t. p.

Stosowanie: 3 razy dziennie po 2—3 tabletki (lepiej pokruszone), po jedzeniu. **Cena detaliczna zł. 2.—**

Próby na żądanie WPP. Lekarzy wysyła bezpłatnie:

ADOLF GĄSECKI i S-wie, Mokotowska Fabryka Chem. Farm. w Warszawie, Kantor Fabr. ul. Leszno Nr. 41

KAŻDA CZEKOLADKA
W HIGJENICZNEJ I ESTETYCZNEJ TOREBCE.

CZEKOLADA PRZECZYSZCZAJĄCA

DRASTIN LUBELSKI

WYWOŁUJE SKUTEK POŻĄDANY

BEZ BÓLÓW I OBJAWÓW UBOCZNYCH.

Preparat polski!

Na każdej oryginalnej czekoladce znajduje się znak ochronny i nazwa „DRASTIN-LUBELSKI".

Na żądanie WPP. Lekarzy wysyła literaturę i próby wytwórca:

Aptekarz **J. LUBELSKI.** Warszawa, Długa 16.

№ 3. WARSZAWA, MARZEC 1935 ROK VII

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. ALEKSANDER KICIŃSKI (Warszawa).

OGÓLNE ZASADY LECZENIA DIETETYCZNEGO.

Naukowa dietetyka rozwinęła się w pierwszej połowie wieku XIX dzięki teorjom Liebiga. Podstawowe znaczenie miały poglądy Liebiga na rolę białka i węglowodanów. Tkanki tworzą się z białka, doprowadzanego do ustroju w pokarmach, zaś węglowodany odgrywają główną rolę w procesach oddychania i utleniania.

Na powyższych danych oparto t. zw. leczenie „wyrównawcze": podawanie brakujących w ustroju składników i wyłączenie substancyj odżywczych, które ustrój posiada w nadmiarze (podawanie tłuszczów osobnikom wychudzonym, wyłączenie tłuszczów w pożywieniu osób otyłych, pożywienie mięsne dla osobników osłabionych).

Szczególnego rozkwitu osiągnęła dietetyka w związku z pracami Leydena, który podkreślił znaczenie leczenia dietetycznego w każdem schorzeniu i domagał się zbudowania dietetyki na ściśle naukowych podstawach.

Punkt wyjścia dla leczenia dietetycznego stanowi dieta normalna, która winna ulegać zmianom ilościowym i jakościowym w zależności od rodzaju schorzenia. Tylko racjonalne żywienie w związku z higjenicznym trybem życia zapewnia ustrojowi normalny rozwój oraz stanowi o dostatecznej odporności ustroju. Żywienie, które jest uzgodnione z potrzebami ustroju, ma również znaczenie zapobiegawcze. Nieracjonalne żywienie może być przyczyną całego szeregu schorzeń. Dla ustroju znajdującego się w okresie wzrostu, niestosowne żywienie stanowić może przyczynę poważnych zaburzeń włącznie z rozwojem atrofji u niemowląt. Im dziecko jest młodsze, tem wyraźniej występuje zależność

między racjonalnem żywieniem a usposobieniem do schorzeń. Związek przyczynowy między rodzajem pożywienia a schorzeniami przewodu pokarmowego i przemiany materji jest oczywisty sam przez się, lecz współczesne dane naukowe wykazują, że we wszystkich niemal schorzeniach rodzaj pożywienia może wpłynąć na przebieg choroby. Jest rzeczą dowiedzioną, iż w licznych przypadkach przebieg gojenia się ran zależy od rodzaju pożywienia. Kliniczne przejawy nerwic również w znacznej mierze są związane z odżywianiem (podniecające działanie przypraw, białek zwierzęcych, kojące działanie cukru, wpływ na psychikę niedostatecznego żywienia). Prace Biedla i Zondeka wykazały wpływ żywienia na czynności gruczołów dokrewnych (zwłaszcza tarczycy). Dowiedziony jest również wpływ rodzaju pożywienia na skład chemiczny poszczególnych części mózgu, układ naczyniowo-sercowy i lepkość krwi. Wpływ leczenia dietetycznego w gruźlicy nie wyczerpuje się znaczeniem wzmożonego odżywiania: wraz z pokarmami zostają wprowadzone do ustroju sole, witaminy, hormony i szereg substancyj wzmacniających procesy katalityczne i utleniania w samej komórce, które sprzyjają jej regeneracji. Najnowsze prace ginekologów wykazały znaczenie rodzaju pożywienia dla wzrostu narządów płciowych: pożywienie, bogate w witaminy, wzmaga wzrost tych narządów, brak witamin prowadzi do niepłodności. W przebiegu chorób skórnych doniosłe znaczenie posiada wzajemny stosunek anjonów i katjonów, który w znacznym stopniu zależny jest od rodzaju pożywienia. Znany jest szkodliwy wpływ jednostajnego i ubogiego w witaminy żywienia na stan i schorzenia skóry (suchość, łuszczenie się, czyraki, rumień, różne wykwity) i błon śluzowych. Z powyższych danych wynika, że odżywianie, będąc przyczyną całego szeregu schorzeń, z innej znów strony stanowić może bardzo cenny czynnik leczniczy. Należy podkreślić, iż leczenie dietetyczne winno być najważniejszem zagadnieniem lekarskiem.

Ogólne zasady żywienia chorych.

Zdrowy osobnik przy wyborze pokarmów posługuje się normalnemi oznakami, które odgrywają rolę regulatorów (apetyt, pragnienie, uczucie nasycenia, „smak“ lub odraza dla danej potrawy). Jednak i u ludzi zdrowych w warunkach niehigjenicznych powyższe regulatory nie zawsze stanowią o prawidłowem żywieniu, t. j. takiem, które odpowiada potrzebom ustroju. Wymienione regulatory są prawie zawsze upośledzone u chorego osobnika: smak bardzo często bywa spaczony, zaś potrzeby ustroju często nie mogą być zaspokojone spowodu cierpienia tego lub innego narządu, dlatego też jest rzeczą niezbędną ułożenie dla każdego chorego stosownej diety. Następujące dane składają się na leczenie dietetyczne.

1) Uregulowanie posiłków. Podawanie posiłku w określonych godzinach dnia, 4 — razy dziennie, z przerwami 2 — 4 godzin. w zależności od obfitości poprzedniego posiłku, zakaz spożycia pokarmów przed snem.

2) Unormowanie każdorazowe porcyj, aby uniknąć spożywania nadmiernej ilości pokarmów naraz.

3) Wyłączenie wszelkiego przemęczenia (praca, spacery, gry, zabiegi lecznicze) bezpośrednio przed i po posiłku.

4) Pielęgnowanie jamy ustnej, powolne spożywanie pokarmów. dokładne przeżuwanie, spokojne warunki otoczenia.

5) Jakość pożywienia dla chorego.

a) Dobór, w miarę możności, pokarmów pełnowartościowych, które zawierają wszystkie niezbędne składniki odżywcze (pełnowartościowe białka, tłuszcze, węglowodany, sole, witaminy).

b) Wyłączenie w odnośnych przypadkach całego szeregu substancyj odżywczych, niezbędnych dla ustroju zdrowego, lecz szkodliwych w przebiegu schorzeń tych lub innych narządów (wyłączenie białka, chlorku sodu, błonnika)

c) Podawanie produktów o wyjątkowo doborowej jakości, biorąc pod uwagę nadmierną wrażliwość chorego dla najbardziej nieznacznego zepsucia produktów lub do różnych domieszek, zmieniających smak lub zapach (ślady siarkowodoru w jajach, przygotowanych zimą, domieszka smalcu do masła).

d) Dodawanie przypraw smakowych, dozwolonych przez przepisy dietetyczne.

e) Umiejętne przyrządzanie potraw, które łączy ściśle wskazania lekarskie z wyborowemi właściwościami smakowemi.

f) Urozmaicenie potraw w granicach wyznaczonej diety, co szczególnie jest ważne w przypadkach przewlekłych. Jednostajne żywienie może doprowadzić do zupełnej utraty apetytu, do zmniejszonego wydzielania soków trawiennych i niedostatecznego przyswajania pokarmów. W ten sposób następuje niedostateczne odżywianie w sensie jakościowym i ilościowym. W tym wypadku rozwinąć się może awitaminoza z objawami klinicznemi, które niekiedy zaciemniają schorzenie podstawowe (biegunki, bóle w jelitach, zaparcie, bóle w stawach).

6) Ilość pokarmów winna odpowiadać potrzebom ustroju w danej chwili. Należy uwzględnić dążenie do osiągnięcia optymalnej wagi chorego. Jeżeli nie można podać niezbędnej ilości ciepłostek, wówczas konieczne jest zmniejszenie potrzeb ustroju (spokój, leżenie w łóżku, dostateczna t^0 środowiska otaczającego). Celem bardziej dokładnego określenia niezbędnej ilości ciepłostek zaleca się uwzględnienie wydatkowanej energji (chodzenie, siedzenie, czytanie, zabiegi lecznicze), przyczem należy wziąć pod uwagę dane tablic przemiany podstawowej.


nowy rtęciowy lek
moczopędny
DEHYDRIT
KLAWE
DEHYDRIT
DEHYDRIT
Sól sodowa oksyrtęciometoksypropylamidu
Kw. trójmetylocyklopentanokarbonowego +5% 1,3-dwumetyloksantyny
Obrzęki na tle zastoinowem
Przesięki w jamach ciała (ascites, hydrothorax)
Puchlina brzuszna
Otłuszczenie
Kiła we wszystkich okresach
Natychmiastowe działanie moczopędne
po zastrzyku dożylnym lub domięśnjowym.
Ampułki po 2,2 i po 1,1 cc.

Jeżeli zarządza się leczenie dietetyczne na dłuższy czas przy nadmiernej wadze chorego, należy podawać zmniejszoną ilość ciepłostek, natomiast przy wadze niedostatecznej — ilość podawanych ciepłostek należy zwiększyć. W stosunku do przewodu pokarmowego można mówić o lekkiem lub ciężkiem pożywieniu w zależności od wymaganej większej lub mniejszej pracy wydzielniczej i ruchowej narządu pokarmowego. Łatwość trawienia a także łatwość przyswajania zależy prócz składu pokarmów również od sposobu ich przyrządzania: ta sama substancja pokarmowa może być przyrządzona jako lekko lub ciężko strawna potrawa. Dzięki umiejętnemu łączeniu dozwolonych produktów i różnorodnym sposobom ich przyrządzania można zaspokoić potrzeby i smak chorego. Leczenie dietetyczne może spełnić trudne zadanie żywienia chorego, tylko opierając się na stosownem przyrządzaniu potraw.

Ilościowy i jakościowy skład pokarmów winien ulegać zmianom w zależności od przebiegu klinicznego choroby i występowania tych lub innych objawów. Dokładne określenie ilości i jakości pożywienia w każdem schorzeniu (a nie prosty zakaz tych lub innych potraw) z oznaczeniem czasu posiłków — stanowi główny warunek skutecznego leczenia dietetycznego. W ten sposób najbardziej właściwą postać leczenia dietetycznego stanowi indywidualne postępowanie dietetyczne, przystosowane do poszczególnego przypadku danego schorzenia. Jednak w razie zastosowania masowego żywienia leczniczego w celu zapobiegawczym i leczniczym należy podkreślić trudności w przeprowadzeniu żywienia indywidualnego spowodu nadmiernych kosztów i uciążliwego obciążenia kuchni. Dlatego też należy wysunąć zasadę żywienia grupowego według rodzajów schorzenia, które jest łatwiej wykonalne w dużych zakładach leczniczych i społecznych jadłodajniach, co daje korzystne wyniki, jak to wykazały liczne spostrzeżenia.

Najczęściej stosowane rodzaje żywienia są następujące:

I Dieta z podaniem dużej ilości płynów (dieta wodna) stosuje się w celu wzmożenia diurezy, wydalenia z ustroju toksyn, odpadków przemiany materji i wyrównania dużych strat płynów. — Wskazania: 1) ostre i przewlekłe zakażenia i zatrucia (pochodzenia pokarmowego i innego) 2) Schorzenia przemiany materji: skaza moczanowa, oksalurja, fosfaturja i dna. 3) Zapalenia miedniczek nerkowych i kamica. 4) obfite biegunki (cholera), gnilne biegunki. Przeciwwskazania: niedomoga serca, nadciśnienie, upośledzenie czynności wydzielniczej nerek, niedomoga ruchowa żołądka i obfite krwawienia (wzrost ciśnienia krwi lub spotęgowanie ruchów robaczkowych żołądka i jelit przeszkadzają tworzeniu się zakrzepów). — Metodyka stosowania: 1) Spożywanie płynów, jeżeli niema przeciwskazań ze strony żołądka (hipotonja, zwężenie odźwiernika, nudności, wymioty) małemi porcjami od 20 cm^3 do 200 cm^3 jednorazowo do 3 litrów na dobę; prócz zwykłej wody wchodzą

w rachubę — słaba herbata, woda z sokiem owocowym lub jagodowym, napary gorzkich ziół (rumianek, mięta przy podrażnieniu przewodu żołądkowo-jelitowego), rozczyny glukozy (w zatruciach), wody mineralne (przy chorobach przemiany materji i dróg moczowych odprowadzających). 2) Lawatywy (gdy istnieją przeciwwskazania do podawania doustnego płynów) z 150 — 200 cm^3 wody, rozczynu fizjologicznego, cukru inwertowanego, glukozy w 5 — 10% rozczynie (t^0 35^0) 2 — 3 razy dziennie, lub najlepiej kroplówki z 1 — 2 litrów t^0 38^0 (przy intoksykacjach i zapaleniach otrzewny). 3) Wstrzykiwania podskórne 250 — 600 cm^3 lub dożylne (celem osiągnięcia szybkiego skutku i przy podrażnieniu żołądka i odbytnicy po 200 — 500 cm^3. Kilka razy dziennie (woda, rozczyn fizjologiczny, roztwór glukozy przy intoksykacjach, rozczyny sody lub glukozy przy kwasicy).

II *Dieta z ograniczeniem podawaniem płynów* (200 gr. na dobę). Ograniczenie płynów jest zarządzeniem bardzo surowem, wymagającem kontroli lekarskiej i może być zalecone tylko na krótki czas; wskazanie do natychmiastowego przerwania tego rodzaju diety stanowią oligurja, duże stężenie moczu, kolki nerkowe i wątrobowe oraz wybitne osłabienie. Najczęściej stosuje się dietę z ograniczonem podawaniem płynów przy następujących wskazaniach: 1) Otłuszczenie. W tym wypadku tylko w pierwszym okresie leczenia dla wzmożenia wydalania wody przez tkanki. 2) Niedomoga ruchowa żołądka. 3) Krwawienia żołądkowo-jelitowe (celem zmniejszenia ruchów robaczkowych). 4) Ropny nieżyt oskrzeli (bronchoblenorrhoe), rozedma i obrzęk płuc. 5) Wybitne nadciśnienie. 6) Niektóre schorzenia serca (osłabienie mięśnia sercowego, dychawica sercowa, obrzęki). 7) Niektóre schorzenia nerek (gdy upośledzona jest zdolność wydzielnicza w stosunku do wody). Jako szczególne odmiany wymienionej diety należy uwzględnić a) Dieta Oertela z ograniczeniem płynów do 800 cm^3, z ograniczonem podawaniem tłuszczów i węglowodanów (150 — 200 gr. białka, 20 — 50 gr. tłuszczu, 80 — 150 gr. węglowodanów) z jednoczesną gimnastyką terenową (chodzenie z stopniowemi wzniesieniami) oraz z stosowaniem kąpieli parowych. b) Dieta Karela z ograniczeniem ilości płynów do 800 cm^3 — 1000 cm^3 przy jednoczesnem ograniczeniu ogólnej ilości pożywienia.

III *Zupełna głodówka* stosuje się jako postępowanie lecznicze w postaci krótkotrwałych, okresowo podejmowanych kuracyj dietetycznych w następujących przypadkach 1) Ostre zapalne sprawy w jamie brzusznej (celem zmniejszenia ruchów robaczkowych w obrębie przewodu żołądkowo-jelitowego). 2) Ostre nieżyty żołądka i jelit. 3) Przewlekłe nieżyty okrężnicy. 4) Powikłane wrzody żołądka i dwunastnicy (obfite krwotoki, uporczywe silne bóle). 5) Wybitnie zaznaczone zwężenia żołądka i jelit. 6) Ostre i przewlekłe zatrucia. 7) Choroby przemiany materji (otyłość, dna, cukrzyca). 8) Choroby nerek z objawami mocznicy.

9) Napady dychawicy sercowej i dławicy piersiowej (zwłaszcza u osób otyłych) — Metodyka stosowania: leżenie w łóżku z wyłączeniem wszelkiej pracy fizycznej i umysłowej, stosowna ciepłota otoczenia, ciągła kontrola czynności serca (zwłaszcza u starców i dzieci), higjena jamy ustnej (aby uniknąć zapalenia gruczołu przyusznego), płókanie ust wodą gazowaną (aby zmniejszyć pragnienie). Jeżeli niema szczególnych przeciwwskazań (ostre zapalenia otrzewny, obfite krwotoki, zwężenia żołądka i jelit) dozwolone jest podawanie pewnej ilości płynów (wody przegotowanej, słabej herbaty bez cukru, wody z cytryną); przy intoksykacjach wskazane jest podawanie dużych ilości płynów doustnie lub doodbytniczo. Przejście do bardziej normalnego żywienia winno odbywać się stopniowo. *Dieta Allena:* zupełna głodówka w ciągu 4 — 5 dni przy uprzedniem zmniejszeniu normalnej ilości pokarmów. Dieta Huelpego (przy dnie) polega na tem, iż okresy głodówki stosuje się naprzemian z podawaniem mięsa i obfitem spożywaniem płynów kwaśnych. Przeciwwskazania: wybitne osłabienie ogólne, bardzo podeszły wiek i charłactwo, upadek czynności serca (bardzo głuche tony, bradykardja, wybitny spadek ciśnienia krwi, sinica), oligurja, wybitne wzmożenie wydalania substancyj azotowych z ustroju. Przy wystąpieniu jednego z tych objawów — natychmiastowe przerwanie głodówki, wprowadzenie podskórnie lub dożylnie 5 — 10% rozczynu glukozy lub soli kuchennej i inne środki, zmierzające do pobudzenia czynności serca.

IV. Częściowa głodówka ilościowa lub jakościowa: 1) ograniczenie ogólnej ilości ciepłostek w porównaniu z potrzebną normą. 2) wyłączenie z normalnego pożywienia niektórych substancyj odżywczych — względna jakościowa głodówka, przyczem ogólna ilość ciepłostek może być wystarczająca. Należy szczególnie podkreślić, iż większość odmian leczenia dietetycznego są to różne rodzaje względnej (jakościowej) głodówki. Przy długotrwałem stosowaniu powodują one niekiedy szkodę ustrojowi i przeszkadzają w uzyskaniu poprawy po przebyciu schorzenia, które stanowiło wskazanie do ich stosowania. Częściowa głodówka pociąga za sobą ujemne następstwa, które przebiegają w postaci utajonej i ujawniają się wcześniej lub później w zależności od ogólnego stanu ustroju i konstytucjonalnych właściwości chorego.

Powyżej opisane 4 typy leczenia dietetycznego są to ogólne rodzaje diety. Natomiast, jeśli chodzi o bliższe określenie, istnieją liczne odmiany diety, z których poniżej przytoczone będą najważniejsze.

I. *Dieta jarska jest szczególną odmianą względnej głodówki.* Dieta jarska z wyłączeniem wszystkich produktów zwierzęcych (mięsa, ryb, jaj, mleka, sera) może być stosowana tylko przez bardzo krótki okres czasu, ponieważ tego rodzaju dieta pociąga za sobą pozbawienie ustroju pełnowartościowych białek i tłuszczów. — Wskazania: moczni-

ca, cukrzyca (dni jarzynowe), otłuszczenie, dna (dni owocowe), przewlekłe choroby nerek, serca i naczyń. Poszczególne odmiany diety jarskiej są następujące: a) leczenie pożywieniem surowem (Rohkost) które ostatnio bardzo się rozpowszechniło; istota tej metody polega na spożywaniu niegotowanych pokarmów roślinnych. Uzasadnienie tej diety jest następujące: zachowanie wszystkich witamin i soli w pokarmach wzmożona czynność przeżuwająca i wydzielania śliny, większa wartość odżywcza produktów surowych, spotęgowanie ruchów robaczkowych jelit, wzmożenie ogólnej oporności ustroju i oporności miejscowej. Główne wady tej diety są: ujemny bilans (ogólny i azotowy, znacznie gorsza przyswajalność białek roślinnych w porównaniu z zwierzęcemi, szybkie nasycenie przy niedostatecznem podawaniu ciepłostek. nadmierna objętość pokarmów, bardzo niedostateczne przyswajanie u osobników, nieprzyzwyczajonych do pożywienia roślinnego, względna (jakościowa) głodówka ustroju. b) *Dni głodowe* z podawaniem tylko zieleniny i owoców. Dni owocowe (naprzykład według Norrdena) 1200 — 1500 gr. jabłek — 500 — 600 ciepłostek; 1500 gr. dyni = 450 ciepłostek. Dni poziomkowe: 1200 gr. poziomek = 500 — 600 ciepłostek. Dni owocowe: naprzykład 600 gr. ziemniaków, 400 gr. jabłek, 100 gr. pomidorów 200 gr. ogórków, herbata, kawa, przegotowana zielenizna — razem 750 ciepłostek. Dni ziemniaczane (Brugsch, Hindhede), 1 — 2 kg. kartofli w różnych postaciach. Dni jarzynowe: naprzykład 1000 kg. kwaszonej kapusty, 100 gr. pomidorów, sałata z cytryną = około 235 ciepłostek.

II. *Dieta roślinno-mleczna lub roślinno-mleczno-napojowa,* nazywana dotychczas błędnie jarską, zawiera mało chlorku sodu, mało zasad purynowych i substancyj wyciągowych, dużo węglowodanów i błonnika; nie zawiera mięsa i ryb. Przy umiejętnem łączeniu produktów umożliwia podawania wszystkich niezbędnych substancyj odżywczych. Wskazania: skaza moczanowa i dna (w tym wypadku należy wyłączyć jarzyny strączkowe, które zawierają dużą ilość zasad purynowych), choroba Basedowa, schorzenia układu nerwowego, zwłaszcza — o charakterze czynnościowym, spasmofilja u dzieci i tężyczka u dorosłych, choroby serca i naczyń (zwłaszcza nadciśnienie i daleko posunięta miażdżyca), ostre i przewlekłe schorzenia nerek, cały szereg schorzeń przewodu żołądkowo-jelitowego, choroby wątroby i niektóre schorzenia skóry. — Metodyka stosowania: przejście od pożywienia mieszanego do roślinno-mlecznego winno być przeprowadzone stopniowo (przy szybkiem przejściu często rozwija się ogólne osłabienie i nastrój przygnębiony); przy zupełnem wyłączeniu mięsa na dłuższy okres czasu należy dbać o dostateczne podawanie białka. Stosowanie diety jajowo-mleczno-roślinnej wymaga dobrej umiejętności przyrządzania potraw celem uzyskania dużej liczby urozmaiconych dań, ponieważ jednostajna dieta roślinna prędzej wywołać może odrazę niż jednostajna dieta złożona z produktów

zwierzęcych. Przy układaniu jadłospisów należy uwzględnić, iż chorzy źle znoszą niektóre produkty śród zielenizny i jarzyn.

III. *Dieta bezchlorowa* z zupełnem wyłączeniem lub częściowem ograniczeniem soli kuchennej jest wskazana w nerczycach (z upośledzeniem zdolności do prawidłowego wydalania chlorku sodu), przy schorzeniach sercowo-naczyniowych z obrzękami lub bez nich, zwłaszcza przy jednoczesnem ograniczeniu płynów, przy wzmożonej kwasocie żołądka, przy schorzeniach dróg moczowych z zwiększonem stężeniem moczu, przy niektórych chorobach skóry (prurigo, wypryski), przy leczeniu padaczki bromem (celem lepszego gromadzenia się bromu w ustroju). — Technika stosowania: ograniczenia soli kuchennej w porównaniu z normalną potrzebą dobową (8 — 10 — 15 gr.) przeprowadza się w postaci trzech stopni ścisłości diety (Noorden): lekka (z zawartością soli od 5 — 10 gr.) średnia (od 3 — 5 gr.) i ścisła (od 1½ — 3 gr.) w zależności od ciężkości schorzenia. Zupełne wyłączenie soli kuchennej jest możliwe tylko przy głodówce lub wyłącznem podawaniu glukozy, ponieważ wszystkie owoce, jarzyny i jagody zawierają minimalne ilości soli kuchennej. Dietę bezchlorową przeprowadza się stopniowo i w miarę możności na krótki czas; przy długotrwałem stosowaniu należy co pewien czas zalecać t. zw. dni solne (Noorden) z podawaniem do 5 gr. soli dziennie. Dozwolone są następujące produkty z minimalną zawartością soli: kartofle, marchew, mąka biała, ryż, makarony, ogórki i wszystkie gatunki owoców. Wzbronione są: słone i wędzone mięso, ryba morska, konserwy i chleb zwykłego wypieku (zawierający od 8 — 16 gr. soli na 1 kg.). Mleko, zawierające 0,16% soli jest dozwolone w ilości ograniczonej. Jako przyprawy smakowe dozwolone są wówczas mrówczan lub bromek sodu, soda, ocet winny, cytryna, czosnek. Schematy diety bezchlorowej według Noordena: 1) 1400 gr. jabłek; zawierają 6 gr. azotu, 0.08 gr. NaCl—745 ciepłostek. 2) 1400 gr. i 2 jaja; zawierają 18 gr. azotu, 0.28 gr. NaCl—890 ciepłostek. 3) 1400 gr. jabłek, 100 gr. ryżu, 100 cukru: zawierają 14 gr. azotu, 0.18 NaCl — 1519 ciepłostek. 4) 100 gr. kartofli, 150 gr. masła, 500 gr. jabłek, zawierają 20 gr. azotu, 0,55 — 0.65 gr. NaCl — 2250 ciepłostek. Uboczne działanie diety bezchlorowej: przy długotrwałem stosowaniu niekiedy występują: ogólne rozbicie, utrata apetytu, ogólne osłabienie; zjawiska te często występują nagle, dlatego też podczas stosowania diety bezchlorowej konieczna jest obserwacja lekarska.

IV. *Dieta z ograniczonem podawaniem białek* może być stosowana przez krótki czas. — Wskazania: 1) Schorzenia nerek z współistniejącą azotemją. 2) Dna (równolegle z ograniczeniem substancyj odżywczych, obfitujących w zasady purynowe, ograniczenie białka w pożywieniu sprzyja wzmożonemu wydalaniu z ustroju kwasu moczowego (Achard). 3) Schorzenia wątroby (wobec naruszenia przemiany białkowej). 4)

Schorzenia jelit z przewagą procesów gnilnych. 5) Wszelkiego rodzaju intoksykacje, zwłaszcza jelitowe (wyłączenie białek jako źródeł ptomainów). — Technika stosowania: a) Przy ogólnem ograniczeniu białek należy w pierwszym rzędzie ograniczyć białka zwierzęce jako bardziej obfitujące w zasady purynowe i bardziej toksyczne. b) Przy ułożeniu jadłospisu należy kierować się następującą tabelą procentową zawartości białek w produktach: mięso — 15 — 20%, rośliny strączkowe (fasola, groch, soczewica) 20 — 25%, chleb 8%, ryż 5%, mleko 3% — 5% kartofle 2%, owoce 1%. c) W bardzo ścisłym jadłospisie bezbiałkowym zawierającym dostateczną liczbę ciepłostek, jednak podaje się dziennie 25 gr. białka, naprzykład:

200	gr.	chleba	27 gr. białka 1800 ciepłostek
300	„	kartofli	
100	„	ryżu	
100	„	cukru	
25	„	masła	

Do tego jadłospisu należy dodać nieco jarzyn zielonych. Bardziej ścisłe ograniczenie substancyj azotowych można uskutecznić tylko w postaci wyznaczenia poszczególnych dni z podawaniem tylko płynów lub płynów z dodatkiem węglowodanów, masła i cukru. d) Dieta z ograniczeniem białka, zalecona na dłuższy czas winna zawierać jednak nie mniej niż 40 — 50 gr. białka dziennie. Obawy przed szkodliwem działaniem niedostatecznego podawania białka są następujące: ogólne osłabienie, upośledzenie zdolności do pracy zwłaszcza w sensie pracy umysłowej, u dzieci — zatrzymanie wzrostu i rozwoju. (wskutek niedostatecznego podawania różnych aminokwasów, niezbędnych dla procesów plastycznych) ujemny bilans azotowy.

V. *Dieta mleczna* w czystej postaci obecnie nie ma dawnego rozpowszechnienia ponieważ: 1) Dla pokrycia dobowego zapotrzebowania wyłącznie wymagane jest nie mniej niż 3 litry. 2) Dieta mleczna nie jest bezchlorową (1 litr mleka zawiera 1,6 gr. NaCl). Z tego, właśnie powodu mleka nie można stosować w wszystkich przypadkach schorzeń nerek. 3) Mleko zawiera stosunkowo dużo białka (w 1 litrze mleka — 30-50 gr. białka). 4) Mleko wywołuje cały szereg przykrych objawów ze strony przewodu pokarmowego (wzdęcie brzucha, biegunki lub zaparcia).

Z diet mlecznych najczęściej stosuje się dietę Karela, zaleconej przez licznych autorów przy schorzeniach układu sercowo-naczyniowego nerwobólach i nerwicach: pierwsze 5 — 7 dni po 800 cm^3 przegotowanego lub surowego mleka (po 200 cm^3 jednorazowo). następnie przez 2 — 6 dni dodaje się jedno jajo lub sucharki, wreszcie podaje się drugie jajo, chleb, mięso siekane, jarzyny, ryż. Po 12 dniach przejście do

pożywienia urozmaiconego. W ciągu miesiąca ilość płynów nie powinna przekraczać 800 cm^3 dziennie. — Zupełna dieta mleczna, składająca się z dużych ilości mleka (1½ — 2 litry na dobę) może być zalecona tylko na bardzo krótki czas, w przeciwnym razie wywołuje ona bardzo wybitne osłabienie z znacznym upadkiem czynności serca. Zastosowanie diety mlecznej u osób otyłych jeżeli nawet na początku powoduje spadek wagi, to jednak szybko prowadzi do osłabienia czynności serca, podrażnienia jelit i odruchowego podrażnienia układu nerwowego przy długotrwałem stosowaniu; najlepiej stosować u osób otyłych 1 — 2 razy tygodniowo dni „mleczne" (1 litr mleka z jednoczesnem leżeniem w łóżku). Różne proponowane odmiany diety mlecznej (z dodaniem kartofli, ryżu, owoców i t. d.) stanowią dietę ,która już nie jest czysto mleczną, lecz stanowi odmianę pożywienia mleczno-roślinnego.

VI. *Dieta z ograniczonem* podawaniem tłuszczów w porównaniu do normy wskazana jest w otłuszczeniu, niektórych przypadkach cukrzycy i schorzeniach wątroby. Takiemi dietami są powyżej podane odmiany głodówki częściowej, w których tłuszcze są ograniczone do 50% normalnej potrzeby dobowej a nawet mniej. Przykładem podobnej diety jest dieta Oertela.

VII. *Diety wzmożonego odżywiania* mają raczej na celu wzmocnienie ustroju i wzmożenie oporności na różnego rodzaju zakażenia niż zwiększenie wagi. Uzyskanie przybytku na wadze jest wskazane tam, gdzie waga jest mniejsza niż optymalna. — Wskazania do stosowania diety wzmożonego odżywiania są następujące: 1) U ludzi z wagą poniżej optymalnej. 2) U gruźlików przy wadze niedostatecznej, zaś w wieku do lat 35 w niektórych przypadkach przy wadze normalnej. 3) U osobników o budowie astenicznej z osłabieniem mięśni i chwiejnym układem nerwowym (zwłaszcza w okresie dojrzewania płciowego. 4) Przy ogólnem opadnięciu trzew (wrodzonem lub nabytem). 5) U ozdrowieńców po przebyciu różnego rodzaju schorzeń ostrych i przewlekłych, przebiegających z wybitnem wycieńczeniem ogólnem. 6) Przy neurastenji, histerji i niektórych innych schorzeniach układu nerwowego. Metodyka stosowania 1) Należy uwzględnić prawidłowo ułożony jadłospis zarówno pod względem ilości jak i jakości pokarmów; zupełnie niedopuszczalne jest ułożenie jadłospisu wzmożonego odżywiania z jednego tylko masła, jaj, potraw mącznych i t. d. bez uwzględnienia pozostałych substancyj odżywczych niezbędnych dla odżywiania danego ustroju. 2) Jadłospis dodatkowy przy odżywianiu wzmożonem nie powinien przekraczać 1/3 normalnych potrzeb dla danego osobnika. 3) Narastanie wagi winno odbywać się stopniowo (około 1½ — 2 kg. tygodniowo), ponieważ szybkie narastanie wagi nie jest trwałe i szybko się zatraca. 4) Wzrost wagi winien odbywać się równolegle z wzmożeniem siły mięśniowej, do czego jest konieczne: a) dostateczne podawanie białka, b) po-

dawanie substancyj odżywczych, oszczędzających rozchód białka w ustroju (dostateczna ilość węglowodanów, tłuszczów i żelatyny). c) systematyczne ćwiczenia mięśniowe (gimnastyka, gry, masaż). 5) Przy układaniu jadłospisu należy uwzględnić stan przewodu pokarmowego, szczególnie uwzględniając wydzielniczą i ruchową czynność żołądka i jelit (przy nadmiernej czynności wydzielniczej należy unikać składników pokarmowych, pobudzających wytwarzanie się soku żołądkowego, przy bezsoczności — należy zmniejszyć podawanie białka zwierzęcego. 6) Należy unikać potraw, szybko nasycających danego chorego (naprzykład tłuste potrawy, zupy, kakao), zupy pożywne najlepiej zalecić jako drugą potrawę. 7) Urozmaicenie potraw i uwzględnienie smaku chorego — jest to najważniejsza zasada przy odżywianiu wzmożonem. 8) Bardzo celowe jest częste podawanie pokarmów w małych porcjach. 9) Wskazane jest podawanie dodatkowych składników pokarmowych, które wzmagają apetyt i prawdopodobnie korzystnie wpływają na przemianę materji: herbata, kawa, przyprawy, zaś w niektórych przypadkach alkohol. 10) Przy wybitnem osłabieniu, wycieńczeniu i chwiejności układu nerwowego wskazane jest leżenie w łóżku (leżenie w łóżku jest dozwolone tylko na początku i to na krótki okres nie dłużej, niż 2 tygodnie).

Zasady układania jadłospisu przy wzmożonem odżywianiu są następujące :dodatkowa liczba ciepłostek zostaje pokryta dodaniem produktów odżywczych z uwzględnieniem osobliwości danego schorzenia i możliwości materjalnych. Wchodzą w rachubę następujące produkty: 1) Masło śmietankowe przyjemne w smaku w postaci dodatku do różnych potraw w ilości 100 — 150 gr. na dobę; w razie potrzeby może być zastąpione oliwą, dodawaną do różnych sałatek, sosów. 2) Śmietanka (100 gr. — 245 ciepłostek); w niektórych przypadkach przy dostatecznej tolerancji — tłuszcz rybi. 3) Cukier z herbatą, kawa, woda z cytryną, potrawy owocowe i jagodowe, konfitury, zagęszczona śmietanka z cukrem, rozbite białka jaj z cukrem (1 białko jaja z 50 gr. cukru — 220 ciepłostek) z dodaniem 50 gramów tłuczonych orzechów lub migdałów (300 ciepłostek) 4) Jaja i potrawy, przyrządzone z jaj (nie więcej niż 4 — 5 jaj dziennie). 5) Słodkie mączne potrawy (leguminy, kasza na mleku z sosem owocowym i jagodowym, ciastko. 6) Słodkie owoce (suszone winne grona, śliwki suszone, daktyle). Bardzo wartościowe są produkty z dużą zawartością soli wapnia, żelaza i fosforu i obfitujące w witaminy: ser (100 gr. — 400 ciepłostek), jaja, szpinak, sałata i t. d. jarzyny, zielenizna i owoce (sok pomarańczowy i cytrynowy). Gdy zachodzi potrzeba podawania powiększonej ilości białka zwierzęcego (niedokrwistość, gruźlica) — dodatkowe spożywanie mięsa w postaci dodatku do innych potraw: mięso siekane z śledziem, kartoflami, przetarte mięso w zupach, mięsny proszek w zupach i mleku.

Jadłospis wzmożonego odżywiania ułożony bez uwzględnienia liczby ciepłostek prowadzi do przekarmiania i całego szeregu szkodliwych następstw: 1) Jeżeli liczba ciepłostek przewyższa więcej niż na 30% normę, wówczas nie osiąga się przybytku na wadze tak długo, póki ilość dodatkowego pożywienia nie będzie obniżona. 2) Nadmierne podawanie pokarmów zwłaszcza białkowych prowadzi często do wzmożenia przemiany materji, co powoduje zużytkowanie nadmiaru pożywienia (Luxus konsumption). 3) Nadmierne odżywianie może spowodować gromadzenie się tłuszczu, które przekracza granice fizjologiczne, co pociąga za sobą różne zaburzenia.

Z rozważań powyższych wynika, iż leczenie dietetyczne wymaga dokładnego uwzględnienia właściwości ustroju, ścisłych wskazań i gruntownej znajomości składu i wartości odżywczej składników pożywienia. Konieczna jest również staranne uwzględnienie umiejętności przyrządzania potraw oraz kosztów. W każdym przypadku należy wziąć pod uwagę całokształt wszystkich danych, co stanowi o powodzeniu postępowania dietetycznego.

Doc. Dr. Leopold G. DITTEL,

b. Kierownik oddziału chorób kobiecych Szpitala ABBAS w Kairo-Abda.

GLANDOFOLINA W ZABURZENIACH MIESIĄCZKOWYCH.

Z oddziału chorób kobiecych Szpitala Wilhelminy w Wiedniu.

Kierownik Prof. Dr. P. Werner.

Z wielu względów celowem i wskazanem jest przekonanie się o wartości organo-hormonopreparatów i to nietylko stosowanych w danym kraju lecz rozmaitego pochodzenia.

Pozatem zachodzi konieczność ze względu na poziom współczesnej nauki i zmiany oraz udoskonalenia produkcji powtarzania badań i doświadczeń nad znanemi już powszechnie przetworami.

Korzystając z możności dysponowania znaczną ilością preparatu follikulinowego „Glandofolin", udzielonego mi łaskawie przez firmę „Richter" pragnę podzielić się poczynionemi spostrzeżeniami i wynikami.

Standaryzowany hormon follikuliny stosuje się w ampułkach i tabletkach. Ampułki zawierające 40 i 100 jm. stosować można podskórnie, domięśniowo i dożylnie, ampułki po 1000 i 10.000 jm. wstrzykuje się tylko domięśniowo, tabletki zawierają 100 (do 1000) jm.

Dzięki zainteresowaniu i zgodzie kierownika oddziału, prof. Wernera mogłem spostrzegać szereg przypadków, wprawdzie niezbyt licz-

nych, których obserwacja przy łaskawym współudziale Dra Beckmana obejmowała czasokres conajmniej półroczny.

Spostrzeżenia te dotyczą wtórnego braku miesiączkowania .pozatem obejmują kilka przypadków skąpego miesiączkowania. Spostrzegałem zaledwie trzy przypadki pierwotnego braku miesiączkowania z tak znacznym jednak niedorozwojem narządów płciowych, że zgóry można było przewidzieć wynik ujemny; w dwóch przypadkach nie udało się uzyskać żadnego wyniku; w trzecim, który dotyczył 21-letniej dziewczyny, której macicę można było wymacać w postaci drobnego guziczka, zaniechano wszelkich prób leczniczych. Przypadków z całkowitem wycięciem jajników nie spostrzegano, w najcięższych nawet przypadkach dzięki konserwatyzmowi operatora pozostawała dostateczna ilość miąższu jajnika.

Spostrzeżenia swoje uzupełniać mogłem licznemi przypadkami oddziału położniczo-ginekologicznego ogólnego szpitala w Wiedniu, dzięki zezwoleniu kierownika tegoż Prof. H. Kahr'a oraz przy współpracy względnie kontroli asystenta oddziału Dra Gigl'a, pozatem przypadkami z praktyki prywatnej; wyniki uzyskane w tych przypadkach pokrywają się całkowicie z wynikami uzyskanemi w wyżej wymienionych przypadkach, wszystkie spostrzeżenia obejmują 30 przypadków (łącznie z 5 przyp. skąpego miesiączkowania).

Wyniki nasze były zadowalające i pokrywają się całkowicie z wynikami uzyskanemi przez innych autorów, Reichelt'a[1]), Weiss'a[2]) i in.

Stosowaliśmy zwykle 2—3 razy tygodniowo po 10.000 jm. domięśniowo, rzadziej dawki mniejsze i to tylko w połączeniu z wyciągami z przedniego płata przysadki. Wyciągi te podawaliśmy także częstokroć i przy stosowaniu dużych dawek follikuliny, przyczem stosowaliśmy preparat „Richter" Glanduantine[3]).

Podajemy tu niektóre przypadki:

1. F. Ludmiła Pr. — Nr. 80/33, 28 lat, wtórny brak miesiączkowaania od marca 1934 r. Począwszy od 5 maja otrzymuje Glandofolinę po 10.000 jm. 17 maja po 10 zastrzykach prawidłowe miesiączkowanie.

2. L. Anna, Pr. — Nr. 1084/34, l. 27, wtórny brak miesiączkowania od 3 miesięcy. Po 9 wstrzyknięciu Glandofoliny à 10.000 jm. 12 czerwca 1934 r. prawidłowe miesiączkowanie.

3. V. Anna, Ur. — Nr. 2388/33, l. 27, wtórny brak miesiączkowania od 5 miesięcy. Począwszy od 26 czerwca otrzymuje Glandofolinę po 1000 jm. Pozatem 8 zastrzyków Glanduantiny. Po 5 wstrzyknięciach nikłe krwawienie, po 7 — 10 lipca silny krwotok, który powtórzył się 21 lipca.

---

[1]) Wiener med. Wochenschrift 1934 Nr. 26.

[2]) Wiener med, Wochenschrift 1934 Nr. 19.

[3]) Ampułka zawiera 100 j. p. p. p. w postaci proszku, w drugiej ampułce znajduje się roztwór, w którym proszek ten rozpuszcza się.

W licznych przypadkach można się było przekonać, że działanie utrzymuje się dłuższy czas (patrz także przypadek 3).

4. S. Maria, Pr. — Nr. 372/34, lat 24. Od roku brak miesiączkowania. Po 6 wstrzyknięciach Glanduantiny wystąpiło krwawienie w kwietniu i maju.

W nieregularnych odstępach czasu występowało krwawienie w innym podobnym przypadku. Wstrzykiwano Glanduantinę od 1 marca, 22 marca wystąpiło krwawienie. trwające 4 dni, poczem następne 3 maja.

Ponieważ pacjentki zgłaszały się dość punktualnie należy przypuszczać, że w większości z tych, które po zjawieniu się pierwszego prawidłowego perjodu przestały się zgłaszać, krwawienia miesięczne występowały odtąd w odstępach regularnych. Czy leczenie należy powtórzyć i po jakim czasie, trudno narazie odpowiedzieć z całkowitą pewnością. W jednym przypadku trwającego od 7 lat braku okresów miesiączkowych (wczesne przekwitanie [1]) krwawienie, rzecz oczywista, nie wystąpiło, po 10 jednak wstrzykiwaniach po 10.000 jm. Glandofoliny nastąpiło wyleczenie świądu sromu. W innym podobnym przypadku wyleczenie nastąpiło po 70 — 100.000 jm

W przypadkach skąpego miesiączkowania wyniki były naogół zachęcające. W trzech przypadkach podawano tylko Glandofolinę w tabletkach 300 jedn. dziennie. Dodatni wynik dostrzegano po upływie około 8 tygodni. U jednej z chorych mimo upłynięcia roku od chwili zaprzestania leczenia perjody są nadal prawidłowe.

Zaledwie w paru przypadkach spostrzegano przykre objawy uboczne w postaci bolesności w miejscu wykonanego wstrzyknięcia i to tylko przy stosowaniu 10.000 jm., w jednym przypadku wystąpiła pokrzywka

Nie mam bynajmniej na celu powtarzania znanych ogólnie wytycznych leczenia hormonalnego, opartych na podstawie nowoczesnych badań. Chciałem tylko przytoczyć, że pod wpływem hormonu follikulinowego śluzówka macicy przeobraża się i ulega proliferacji, w dalszych okresach należy podawać Luteolipoid celem pobudzenia fazy wydzielniczej. W przypadkach naszych dotyczących wtórnego braku miesiączkowania — pomijając pierwotny brak miesiączkowania, w których wszelkie leczenie zawodzi — nie postępowaliśmy zgodnie z przytoczoną zasadą, mimo to żadnych istotnych różnic w wynikach nie stwierdziliśmy (patrz Reichelt). Natomiast często podawaliśmy hormon przedniego płata przysadki celem pobudzenia czynności jajników i uzyskaliśmy dzięki temu pomyślne wyniki.

Chciałbym tu podkreślić, że podzielam całkowicie pogląd Frei

---

[1] Patrz m. inn. Buschbeck Med klin. 1934 Nr. 31 (także własne spostrzeżenia dotyczące innych przetworów hormonowych).

secker'a[1]), że przy podawaniu hormonu nie chodzi o działanie zastępcze lecz o „suppletorrische".

Zrozumiałem jest, że w niektórych przypadkach przetwory hormonowe zawiodły. Leczenie hormonalne nie jest mimo wszystko dotychczas oparte na jakiejś trwałej podstawie, jest ono częstokroć mało uchwytne, również i dawkowanie nie jest dotąd ustalone; jedni podają małe, inni duże dawki, niektórzy wreszcie stosują jednakowo wielkie ilości (inni przestrzegają przed ujemnemi skutkami nadmiaru hormonu follikulinowego u. Preisecker); wreszcie wzajemny stosunek gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem jak również ich zależność od układu autonomicznego nie są dostatecznie poznane, aby nam mogły służyć jako drogowskaz w leczeniu.

Przypomnieć należy, że H. van der Hoeven[2]) uzyskał wyniki dopiero po łącznem podawaniu przetworów jajnikowych z adrenaliną, przy niedostatecznej zaś luteinizacji po dodawaniu przetworów tarczycy; ostatnio zwłaszcza niektórzy autorzy, głównie francuzi (Bruno Brunelli) stosują wyciągi z całego jajnika uważając, że działają one lepiej, niż poszczególne frakcje hormonowe.

Mimochodem tylko zaznaczamy, że leczenie hormonowe braku miesiączkowania kojarzyć należy z leczeniem ogólnem, z leczeniem fizykalnem (djatermją, kąpiele błotne i t. d.).

Reasumując powiedzieć można, że Glandofolina jest bardzo dobrze działającym przetworem; w przypadkach naszych zdziałała ona to, czego w dobie dzisiejszej od przetworów follikulinowych wymagać należy.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

ERWIN RISAK. *Klinika i leczenie skaz krwotocznych.* (Wien. Kl. Woch. 1935, Nr. 5).

Różne postacie skaz krwotocznych, stanowią częściej zespoły objawowe, niż schorzenia samorodne. Podział ten ,zmuszający do poszukiwania cierpienia podstawowego ma duże znaczenie, zwłaszcza w wyborze odpowiedniego postępowania leczniczego.

Ogólnie rzecz biorąc do skazy krwotocznej dojść może w następstwie zmian:

1. składu krwi pojętej w najszerszym zakresie,
2. ściany naczyniowej.

---

[1]) O kobiecych hormonach płciowych i ich znaczeniu klinicznem. Wiener Klinische Wochenschrift 1934 Nr. 24.

[2]) Zentralbl. f. Gyn. 1934 S. 1405.

Zmiany składu krwi dotyczą często przedewszystkiem płytek, rzadziej zaś dają się odnieść do zaburzeń chemizmu cieczy krwistej.

Dla rozpoznania, oceny i rokowania szczególnie cenne okazać się mogą dane wywiadowe, płeć i wiek chorego. Obarczenie dziedziczne skazą krwotoczną zwraca uwagę na rolę więzi w powstawaniu skazy krwotocznej przedewszystkiem krwawiączki. Pozatem wiążące się z tą sprawą usposobienie chorobowe tłumaczy nam występowanie skaz w przebiegu łagodnych zakażeń.

Obarczenie dziedziczne i męska płeć osobnika ze skazą krwotoczną zwraca uwagę w kierunku krwawiączki. Niepewne rokowanie w przypadkach skazy krwotocznej ze zmianami składu krwi jest znane. W wieku młodym i średnim dochodzą dalej skazy jak plamica Werlhofa i plamice objawowe w przebiegu białaczek i ziarnicy złośliwej. W późniejszym wieku przeważają skazy na tle zmian ściany naczyniowej.

W przypadkach plamicy charłaczych należy pamiętać o możliwości istnienia utajonego raka (*Beiglböch).*

Ważną rolę w powstawaniu skaz krwotocznych wskutek zmian naczyniowych odgrywają gruczoły dokrewne. Na szczególne znaczenie niedomogi jajnikowej w tych wypadkach zwraca uwagę *Trauner.* Mniej znane jest występowanie skazy krwotocznej w nadczynności tarczycy i chorobie Basedowa.

Również przewlekłe zakażenia (kiła, gruźlica) i zatrucia (nikotyna, alkohol), odgrywają dużą rolę. Zatrucia zawodowe benzyną, benzolem, promieniami Rentgena mają znaczenie kliniczne. Również pewne leki — salwarsan, rtęć, arsen, bizmut, chinina i inne mogą bądź na podłożu „gotowości" bądź jako czynniki przyczynowe doprowadzić do powstania skazy krwotocznej.

Autor zwraca uwagę na rolę niedożywienia w etjologji skaz krwotocznych jako wyrazu awitaminozy. Spostrzega się również skazę krwotoczną w cukrzycy zwłaszcza u osobników starszych.

W leczeniu skaz krwotocznych uwzględnić należy schorzenia podstawowe. W krwawieniach grożących życiu ważną rolę odgrywa przetaczanie krwi. Pomyślne wyniki, jeśli chodzi o pobudzanie szpiku kostne-

go daje domięśniowe wstrzykiwanie własnej krwi w dawkach wzrastających od 5 do 20 ccm. W przypadkach plamicy Werlhofa prawie natychmiastowy efekt daje wycięcie śledziony.

W przypadkach plamicy Schönlein-Henocha i plamicy gośćcowej doskonałe wyniki daje piramidon *(Eppinger)* podawany w dawce 0,3, cztery razy w ciągu dnia. Lecznicze działanie piramidonu w tych wypadkach polega na jego uszczelniającym wpływie na ścianę naczyniową.

Zdobyczą ostatnich lat jest podawanie witamin C (kwas askorbinowy) w leczeniu odpowiednich przypadków skaz, zwłaszcza kojarzonej z piramidonem.

Dr. Kiciński.

——:o:——

LUDWIG BRAUN. *Dieta w niedomodze krążenia.* (W. Kl. Woch. 1934, Nr. 31).

Przy lekkich objawach niedomogi serca wystarcza z punktu widzenia dietetycznego pewien umiar w odżywianiu się. Zdaniem autora niesłuszny jest zakaz podawania chorym sercowym małych ilości napojów wyskokowych (wino, piwo). Małe dawki alkoholu wpływają bowiem pomyślnie na czynność serca i oddychanie (np. w zapaści), rozszerzają naczynia skóry, zwężają zaś trzewiowe, przyczyniając się do podniesienia poprzednio niskiego parcia naczyniowego i lepszego rozmieszczenia krwi, a w następstwie do lepszego ukrwienia mięśnia sercowego oraz mózgu i wreszcie do poprawy samopoczucia.

Nie uzasadnione jest również pozbawienie pijących chorych małej szklaneczki piwa łączącego w sobie zalety środka odżywczego, pobudzającego łaknienie i używki. To samo dotyczy umiarkowanych ilości kawy i herbaty, wpływających dodatnio na stan serca i krążenia. Kofeina pobudza odśrodkowy układ nerwowy, przedewszystkiem ośrodek oddechowy i naczynioruchowy, działając na nerki kofeina wzmaga diurezę, wpływa na nerw błędny i bezpośrednio na serce. (zwiększa jego energję skurczową i rozszerza naczynia sercowe).

Przy nieznacznej nawet niedomodze serca należy zabronić chorym pokarmów tłustych, b. słodkich lub kwaśnych i wywołujących wzdęcie, zwłaszcza w dużych ilościach.

W tych wypadkach podaje się łatwostrawne posiłki częściej i w małych porcjach, przyczem zwraca się uwagę chorym na staranne żucie i powolne jedzenie.

Bardzo ważne znaczenie w ciężkiej niedomodze serca posiada dieta mleczna Karella, którą można rozmaicie modyfikować. Gdy chory nie znosi samego mleka można dodawać na zmianę trochę kawy, herbaty, kakao czy czekolady lub łyżkę konjaku. Tak ustaloną dietę przestrzega się przez 3 — 5 dni. Dzięki tej diecie spostrzega się obniżenie ciśnienia

krwi i cofanie się objawów niedomogowych (przyczem stosuje się oczywiście odpowiednie leki nasercowe). Zależnie od stanu krążenia przechodzi się od czwartego dnia częściowo na pokarmy białkowe, (jajka, ser, mięso).

Według autora, wprowadzone przez *Oertela* ograniczenie płynów stosuje się nazbyt szematycznie i przesadnie. Podobnie niesłuszne jest zdanie, że ograniczenie dowozu płynów pociąga za sobą wzmożone wydalanie. Niemniej ustalenie bilansu wodnego jest niezbędne.

W wypadkach, gdzie zawodzą naparstnica i leki moczopędne, należy ograniczyć dowóz soli kuchennej nawet przy sprawnych nerkach (poleca się pokarmy mączne, ryż, kartofle, zielone jarzyny, owoce, niesolone masło i kompot.

——:o:——

E. ZAK. *Leczenie duszności w schorzeniach sercowo-naczyniowych.* (W. kl. W. 1934, Nr. 52).

W zwalczaniu duszności sercowo chorych na pierwszem miejscu stoi odpowiednie leczenie nasercowe. W wielu jednak wypadkach a zwłaszcza nagłych uciec się należy do morfiny. Morfinę wstrzykuje się w dawce 0,01 — 0,02 z małym dodatkiem atropiny. Celowe jest jednoczesne wstrzyknięcie leku obwodowego (kamfora, kofeina, kardiazol i t. p.). Przeciwwskazaniem do stosowania morfiny jest oddech Cheyne-Stokesa. Autor jest jednak zdania, że przy tym typie oddechania połączonego z silną dusznością nie sposób jednak jest obejść się bez morfiny.

Przy oddechu Cheyne-Stokesa z pobudzeniem nerwowem należy zastosować doustnie lub doodbytniczo wodan chloralu w dawce 1,0 — 1,5, zwłaszcza u osobników z nadciśnieniem. Doskonałe wyniki dać może eufilina, wstrzykiwana w dawce 0,48 dożylnie w 10 cm^3. 33% roztworu cukru gronowego.

Przy stanach oskrzelowo-kurczowych podaje się atropinę lepiej nowatropinę.

Dychawica sercowa i obrzęk płuc wymagają wstrzykiwania morfiny, dilaudidu, pantoponu łącznie z lekami obwodowemi. Wskazany jest

pozatem upust krwi i przewiązanie kończyn (przy zachowanem tętnie obwodowem).

W wypadkach skojarzenia dychawicy sercowej ze stanami oskrzelowo-kurczowymi dobre wyniki daje lisasthmina.

Dr. Kiciński.

——:o:——

A. HIRSCHBERG. *Postępowanie przy znieczuleniu lędźwiowem w celu uniknięcia powikłań.* (Technique Chirurgicale, grudzień, 1934 r.).

Znieczulenie lędźwiowe perkainą.

Autor podaje, że jednym z najlepszych środków używanych do znieczulenia lędźwiowego jest perkaina. Zalety jej działania są:

1) Zupełne zwolnienie mięśni;

2) Długotrwałość znieczulenia;

3) Brak objawów zatrucia przy dawkach stosowanych, oraz możność powtórzenia znieczulenia u tego samego chorego 2 do 3 razy bez powikłań.

Autor używa roztworu perkainy 1:1500, wstrzykuje pomiędzy kręgi L_3 i L_4; zależnie od dawki otrzymuje znieczulenie bądź górne, sięgające do kręgu D_4 lub dolne, ograniczone linją pępkową.

Ażeby uniknąć powikłań, należy zachowywać przy znieczuleniu pewne ostrożności. Chorzy, których stan ogólny pozostawia wiele do życzenia jak: anemiczni, z cierpieniami dróg żółciowych, wątroby, nerek, serca oraz hypotonicy, muszą być wykluczeni.

Z chorymi ponad 50 lat należy być bardzo ostrożnym. Podwyższona temperatura nie jest przeciwwskazaniem do znieczulenia.

Technika znieczulenia.

1) Do znieczulenia używano perkainy 1:1500 w 0,5% roztworze hypotonicznym soli kuchennej (Na Cl).

2) Na godzinę przed operacją dawano pantopon lub morfinę, a na ½godz. — 0,03g efedryny.

3) Położenie chorego na boku lewym lub prawym — zależnie od miejsca zabiegu.

4) Strzykawka szklana, igła do punkcji lumbalnej 10/10, krótkościęta, wyjałowiona na sucho, po uprzednim wymyciu wodą przekroploną.

5) Nakłucie pomiędzy kręgiem L_3 a L_4; igłę należy wprowadzać powoli, z chwilą uczucia oporu i przebicia opony twardej zaprzestać dalszego wprowadzania.

6) Płyn znieczulający należy wstrzyknąć do tylnej części kanału kręgowego, aby mógł odrazu podziałać na korzonki tylne rdzenia i nie posuwać się zbyt do przodu aby, wskutek znieczulenia korzonków nie

wywołać niedowładu. Dawki znieczulające dla górnego znieczulenia u osób silnych: dla mężczyzn 17—16 cm^3; dla kobiet 16 cm^3.

U osobników słabszych: mężczyzn 15—16 cm^3; kobiet 15 cm^3.

Dawki dla dolnego znieczulenia u: mężczyzn 14—13 cm^3; kobiet 13—12 cm^3.

Wstrzykiwać należy powoli, w ciągu 5 minut.

7) Zaraz po wstrzyknięciu należy ułożyć chorą na brzuchu w lekkiej pozycji *Trendelenburga* na czas 5 do 10 minut. Potem można ułożyć w pozycji odpowiedniej do miejsca zabiegu, zachowując przez cały czas lekką pozycję Trendelenburga.

8) Podczas operacji nie należy stosować środków podnoszących ciśnienie krwi, albowiem powstałe nieraz zaburzenia nie pochodzą od układu krążenia, a od narządu oddechowego; spowodowane są zaś przeniknięciem perkainy do części szyjnej kręgosłupa, wywołując porażenia mięśni międzyżebrowych. Powstaje bezdech zawsze przejściowy nigdy śmiertelny. Należy wtedy zastosować podskórnie 0,001 g. lobeliny, oddychanie tlenem i kwasem węglowym. W 10 minut po zastosowaniu lobeliny można wstrzyknąć 3 cm^3 koraminy.

Nudności i wymioty ustępują po zastosowaniu zimnego okładu na szyję i głębokich oddechów. Przy bezdechu zupełnym stosuje się sztuczny oddech.

9) Po operacji przynajmniej w ciągu 24 godzin musi być zachowane położenie poziome. Unika się przez to bólów głowy, które naogół przy dobrej technice znieczulenia nie są gwałtowne i długotrwałe.

Dr. F. Mikulska.

——:o.——

Dr. OLIVET J., Berlin. *Przeciwkurczowe i przeciwbólowe środki w stosowaniu dożylnem* (Spasmolytica und Analgetica zur intravenösen Injektion). Odpowiedź zamieszczona w Medizinische Welt Nr. 43 str. 1529 z 27 paźdz. 1934 r.

Autor odpowiada na pytanie jakie przeciwkurczowe bądź przeciwbólowe środki mogą być użyte dożylnie w kolce nerkowej i żółciowej.

Przeciwkurczowe papaveryna, eupaveryna i octinum nie nadają się do wstrzykiwania śródżylnego, bowiem powodują gwałtowny spadek ciśnienia krwi. Najlepiej znoszonemi preparatami tej grupy są eupaveryna Mercka i syntropan Roche, choć naogół odradza się stosować dożylnie środki przeciwkurczowe. Aby uczynić je mniej szkodliwemi, zaleca się stosować je dożylnie w 2% roztw. glukozy.

Ze środków przeciwbólowych do użytku śródżylnego nadaje się novalgina (1 amp. 2 cm^3), która niekiedy działa błyskawicznie w najrozmaitszych kolkach i dlatego zaoszczędza stosowanie narkotyków, jak morfina i inne. Podobne działanie wykazuje *cibalgina*, której 1 amp. a 2 cm^3 dożylnie przerywała niejednokrotnie ciężki napad dusznicy bolesnej.

Dr. Fr. Sienicki.

——:o:——

P. BROEG. *Leczenie ostrych zapaleń trzustki.* La Presse Medicale Nr. 12/35 r.

Rezultaty, otrzymane w leczeniu ostrych zapaleń trzustki, nie są narazie zbyt zachęcające. Według statystyki autora, opartej na 468 przypadkach śmiertelność wynosiła przed rokiem 1910 78%, zaś po roku 1910 67%.

Winy należy dopatrywać się w tem, że leczenie jest zbyt często oparte na podstawach czysto doświadczalnych. Obecnie leczenie wchodzi na drogę bardziej rozumową. W tym celu konieczne jest dokładne poznanie zmian, zachodzących w ostrem zapaleniu trzustki. Trzustka jest gruczołem, spełniającym podwójną rolę: dzięki wydzielaniu zewnętrznemu i wewnętrznemu.

Zewnętrznie wydziela sok, zawierający 3 zaczyny: trypsynę, lipazę i amylazę. Normalnie trypsyna jest nieczynna w trzustce, staje się zaś czynna dopiero w dwunastnicy dzięki działaniu enterokinazy. Jeśli zaś przypadkowo trypsyna staje się czynna już w trzustce, atakuje wówczas komórki, które ją wytworzyły i powoduje ich martwicę, oraz wylanie się soku trzustkowego poza gruczoł. Trypsyna uczynniona niszczy nie tylko komórki, ale i naczynia, powodując wylewy krwawe. Jednocześnie skutkiem wylania się soku trzustkowego nazewnątrz oprócz trypsyny poczyna działać lipaza i amylaza. Lipaza powoduje martwicę tkanki tłuszczowej.

Amylaza, nie działając na tkanki, zostaje wchłonięta przez otrzewną, przedostaje się do krwi i do moczu, gdzie daje się wykryć metodą Wohlgemutha. Wreszcie jako ostatni skutek uczynnienia trypsyny występuje gwałtowne zatrucie ustroju, spowodowane wchłonięciem przez otrzewnę i naczynia wytworów samostrawienia trzustki. To zatrucie ustroju jest częściej przyczyną śmierci niż wylewy krwawe. Objawom

tym towarzyszy hyperglykemja jako skutek zniszczenia wysepek Langerhansa przez proces martwicowy.

Po poznaniu istoty ostrego zapalenia trzustki i skutków, jakie ono wywołuje, można wysnuć następujące wnioski lecznicze: przedewszystkiem należy sączkować nazewnątrz wytwory samostrawienia i walczyć z samozatruciem organizmu, następnie starać się zatrzymać proces samotrawienia.

Prawie aż do ostatnich czasów nikt nie kwestjonował konieczności natychmiastowej operacji w ostrych stanach zapalnych trzustki. Dopiero ostatnio chirurdzy niemieccy poczęli doradzać, aby nie operować w okresie ostrym ze względu na złe wyniki operacyj nagłych oraz pokaźną liczbę samoistnych wyzdrowień.

Autor nie zgadza się ze zdaniem tych ostatnich przedewszystkiem ze względu na trudności rozpoznawcze i niebezpieczeństwo pozostawienia bez interwencji chirurgicznej ostrego zapalenia wyrostka, przebicia wrzodu żołądka lub zamknięcia światła jelita.

Następnie autor wierzy, że drenowanie, jakkolwiek jest zabiegiem niewystarczającym, przynosi dużą korzyść. Aby jednak spełnić właściwy cel i powstrzymać samotrawienie gruczołu, należy przedewszystkiem znać przyczynę uczynnienia trypsyny wewnątrz trzustki. Dla wytłomaczenia tego możemy przyjąć w pewnych rzadkich przypadkach przedostawanie się enterokinazy dwunastniczej przez brodawkę Vatera, do trzustki np. skutkiem uszkodzenia zwieracza Odiego. Zresztą nie jest konieczna enterokinaza dwunastnicza, wszelka inna kinaza może również spowodować uczynnienie trypsyny. Ta zaś znajduje się w leukocytach i w ogniskach martwicowych. Również chlorek wapnia, znajdujący się we krwi, posiada tę samą zdolność. Istnieje więc dużo możliwości uczynnienia trypsyny wewnątrz trzustki.

Znany jest częsty związek schorzeń trzustki oraz kamicy żółciowej i stanów zapalnych pęcherzyka żółciowego. Wiadomo, że wstrzyknięcie zwierzęciu żółci do dróg trzustkowych w okresie trawienia powoduje krwotoczne zapalenie trzustki. Wobec tego uwaga chirurga powinna być skierowana na drogi żółciowe. Jeśli zaś nie stwierdza się zmian w drogach żółciowych, należy szukać zmian w żołądku i dwunastnicy, gdzie może istnieć wrzód, zdolny zakazić drogą naczyń limfatycznych trzustkę, lub też zwężenie dwunastnicy doprowadzające do uszkodzenia zwieracza Odiego.

W pewnych przypadkach nie znajduje się jednak żadnych zmian ani na operacji ani na autopsji. W tych wypadkach należy według autora przyjąć tło naczyniowe stanu zapalnego trzustki, mianowicie, że pierwotną sprawą jest tu zakrzep w naczyniu, zawał lub wreszcie nawet podłoże anafilaktyczne. Cierpiący na to schorzenie stanowią typ ludzi jedzących b. dużo, często chorujących na kiłę lub mających cukier

w moczu. We krwi, tak zmienionej, sok trzustkowy z łatwością znajduje czynniki, uczynniające trypsynę. W takim wypadku zabieg chirurgiczny powinien się ograniczyć tylko do drenowania trzustki.

Ważnem b. zadaniem jest próbowanie, aby powstrzymać samotrawienie trzustki. Sposoby, służące temu celowi, są niewątpliwe. Sposobem pośrednim jest hamowanie wydzielania soku trzustkowego: wiadomo, że w 2 — 4 godzin po spożyciu pokarmu kwaśna treść przechodzi z żołądka do dwunastnicy i oswabadza sekretynę, która na drodze hormonalnej pobudza wydzielanie trzustki. Zobojętniając więc kwaśną treść żołądka przemywaniem go węglanem sodu lub podawaniem peptonu Wittego, wpływamy pośrednio hamująco na wydzielanie soku trzustkowego. Najlepszym sposobem byłoby zatrzymanie uczynnienia trypsyny. Jest to jednak narazie jeszcze nieosiągalne. Należy również usilnie walczyć z zatruciem ustroju. Udaje się to w pewnej mierze, naogół jednak dość słabo. W serji badań nad zwierzętami wykazano, że w okresie ostrym istnieje b. często hypochloremja. Wobec tego zaczęto stosować u tych chorych duże dawki soli kuchennej.

W razie istnienia hyperglikemji należy podawać insulinę. Wszystkie te metody lecznicze nie dają jeszcze pewnych rezultatów. Dopiero może przyszłe badania pozwolą na zatrzymanie procesu autolizy trzustkowej względnie na zapobieganie temu schorzeniu.

Dr. Irena Grodzieńska.

——:o:——

G. F. CAPUANI. *Nowa metoda dawkowania w leczeniu złotem gruźlicy płuc.* La Presse Medicale Nr. 1/35 r.

Autor zastanawia się, dlaczego leczenie gruźlicy złotem nie znalazło jeszcze dostatecznego zastosowania w praktyce.

Początkowo bano się stosować u człowieka te same dawki, które używali pierwsi autorzy w klinice weterynaryjnej. Był to okres śmiertelnych wypadków po sanochryzynie.

Zaczęto wówczas stosować dawki homeopatyczne, które nie dawały żadnego efektu.

Po tym II okresie przyszedł okres III stosowania dawek bardziej racjonalnych.

Wstrzykiwania złota są stosowane przeważnie raz tygodniowo. Widać w tem wpływ stosowania arsenobenzolu w kile. Nie jest to jednak słuszne, gdyż przy stosowaniu arsenobenzolu zachodzi istotnie obawa zatrucia, która nie istnieje przy stosowaniu złota. Przeważnie chorzy posiadają b. dużą tolerancję w stosunku do soli złota. Są chorzy, u których dopiero dawka 50 — 70 centigramów złota tygodniowo zdolna jest wywołać efekt leczniczy.

Autor stosuje przeszło od roku u siebie w sanatorjum wstrzykiwania codzienne tiosiarczanu złotawo-sodowego sanochryzyny, crysalbriny lub sulfoerisolu i nie dożylnie, lecz domięśniowo. Wstrzykuje w sumie 70 centigramów tygodniowo. Stosował to u 170 chorych i otrzymał b. dobre wyniki, nie stwierdzał przytem wcale ubocznego działania jak białkomoczu, zapalenia skóry, biegunki i t. d. W jednym tylko przypadku musiał przerwać leczenie wobec wystąpienia czyraczności.

Autor stwierdził poprawę u kilku chorych, którzy byli już uważani za straconych. Radzi on rozpoczynać leczenie od wstrzykiwania 5 centigramów i tę dawkę codziennie podwoić, o ile niema poprawy po upływie 1 lub 2 tygodni. Uważa, że nie można mówić o braku efektu leczniczego, jeżeli się nie stosowało złota w ciągu 20 dni w dawce 20 centigramów.

Dr. Irena Grodzieńska.

——:o:——

H. EPPINGER. *Zakrzep tętnicy wieńcowej.* Die Aertztliche Praxis Nr. 2/35 r.

Pierwszym, który z pośród zespołu objawów dławicy piersiowej wyłonił obraz chorobowy, odpowiadający zakrzepowi tętnicy wieńcowej, był Amerykanin Herrick w 1912 r. Dopiero jednak od 10 lat, a w Niemczech zupełnie niedawno uznano, że tę jednostkę chorobową można zróżniczkować za życia.

Zakrzep tętnicy wieńcowej jest często końcowym wynikiem przebytej dławicy piersiowej. Głównym objawem jest ból poza mostkiem, połączony z uczuciem strachu, różniący się od bólu w dławicy piersiowej swojem niezwykłem natężeniem. Napad bólowy ma inny charakter niż przebyte dotychczas: ból nie ustępuje zarówno jak i uczucie lęku przed śmiercią, spada ciśnienie krwi, zimny pot pokrywa skórę, występuje sinica i w krótkim czasie może nastąpić śmierć.

W innych znów przypadkach, niekończących się tak gwałtownie, pacjent również odczuwa różnicę między uprzedniemi napadami a obecnym, nitrogliceryna nie daje obecnie żadnego polepszenia, ból znacznie silniej promieniuje we wszystkich kierunkach, często nawet do jamy brzusznej, powodując tem wiele omyłek rozpoznawczych. Bóle te nie ustępują nietylko pod wpływem nitrogliceryny, ale często nawet i pod wpływem morfiny. O ile w zwykłym napadzie dławicy piersiowej chory stara się zachować jaknajwiększy spokój i powstrzymuje oddech, o tyle w wypadku zakrzepu tętnicy wieńcowej chory staje się niespokojny; często występuje duszność i objawy obrzęku płuc. Ze strony zaś serca żadnych przedmiotowych zmian naogół się nie stwierdza. Ciśnienie krwi przeważnie obniża się, ale nierzadkie są również przypadki podnoszenia się ciśnienia.

Ważnym objawem, odróżniającym zakrzep tętnicy wieńcowej od zwykłej dławicy piersiowej, jest podniesienie się temperatury najczęściej po upływie pierwszych 24 godzin. Temperatura dochodzi do 38°, a nawet do 39° i opada zwykle w ciągu tygodnia. Również występuje obojętnochłonna leukocytoza (do 20.000), czasem poprzedza nawet temperaturę. Rokownicze znaczenie ma także szybkość opadania krwinek.

Czasem występuje jako objaw, towarzyszący zakrzepowi tętnicy wieńcowej, szmer tarcia osierdziowego, nierzadko stwierdza się również po kilku dniach objawy zapalenia opłucnej.

Pochodzenie cukromoczu i zwiększenia ilości cukru we krwi, występujących nierzadko w tej chorobie, nie jest jasne. Możliwe, że jest to związane z większym rozpadem produktów białkowych lub też ze zwiększeniem ilości adrenaliny we krwi, co łączyłoby się z występującem czasem podniesieniem ciśnienia krwi

Zmiany elektrokardjograficzne, występujące w zawale mięśnia sercowego, nabrały w ostatnich latach b. dużego znaczenia w rozpoznawaniu tego schorzenia. Ważnym objawem elektrokardjograficznym jest krzywa, podobna do odpowiadającej blokowi gałązki.

Również duże znaczenie mają zmiany w przebiegu linji S—T; normalnie linja ta przebiega poziomo w linji izoelektrycznej lub najwyżej cokolwiek wyżej czy niżej; w wypadku zawału linja S—T może przebiegać albo silnie wzniesiona ponad linję, albo też głęboko pod nią. Odchodzi ona bądź od opadającego ramienia wzniesienia R, bądź od wznoszącego ramienia S. Zmiany w odcinku T mają tylko wówczas znaczenie rozpoznawcze, gdy można je porównać z dawnemi krzywemi pacjenta, gdyż występują one również i bez uszkodzenia naczyń wieńcowych.

Dalszy los chorych na zawał mięśnia sercowego bywa rozmaity. Zdarza się, że w miejscu zawału wytwarza się blizna, z którą chorzy mogą być zdolni do pracy i żyć przez długie lata. Należy to jednak do rzadkości. Częściej chorzy giną w krótkim czasie wśród następnych napadów.

Również nierzadko rezultatem zawału jest rozwijająca się przewlekła niedomoga mięśnia sercowego, doprowadzająca do zejścia śmiertelnego.

Choroba ta występuje przeważnie u mężczyzn i to w wieku między 45 — 60 rokiem życia.

Co się tyczy leczenia, to autor radzi w czasie napadu podawać narkotyki i to w niezbyt małych dawkach; ostrzega przed podawaniem strofantyny.

Po uspokojeniu się napadu chory powinien możliwie długo nie opuszczać łóżka, gdyż zawał wymaga 4 — 6 tygodni, aby się mógł dobrze zorganizować.

Leki z grupy digitalis podaje się tylko w wypadkach rozwijają

cej się niedomogi serca; dobrze zaś działają środki, rozszerzające naczynia. Niektórzy radzą również wstrzykiwania cukru gronowego dożylnie (10 cm^3 20% roztworu). Często rozpoznanie zawału mięśnia sercowego staje się b. trudne, gdyż najbardziej charakterystyczny objaw — ból nie występuje wcale bądź też ze znacznie słabszem natężeniem bądź wreszcie lokalizuje się nie w okolicy serca, lecz między łopatkami lub w okolicy pęcherzyka żółciowego, naśladując napad kamicy żółciowej. Czasem może zawał mięśnia sercowego kryć się pod postacią napadu dychawicy oskrzelowej.

We wszystkich tych wypadkach należy bacznie skontrolować wszystkie inne objawy, charakterystyczne dla zawału mięśnia sercowego.

Dr. Irena Grodzieńska.

——:o:——

A. WINKLER. *Opukiwanie szczytów płucnych przez lekarza praktyka.* Die Aertztliche Praxis Nr. 2/35 r.

Doświadczenie uczy, że stłumienie nad szczytem płucnym nie dowodzi jeszcze schorzenia miąższu płucnego, i rozstrzygnięcie tego, czy jest to stłumienie przypadkowe, czy też zależne od zmian organicznych, napotyka często na duże trudności. Dopiero obserwacja kliniczna i roentgenologiczna dopomagają w tej sprawie.

Autor podaje następującą prostą metodę opukiwania szczytów płucnych, pozwalającą na stwierdzenie w nich zmian przy porównawczem opukiwaniu zdrowych szczytów płucnych odgłos opukowy nad szczytem, odpowiadającym niżej opuszczonej łopatce, jest silnie przytłumiony. Zaś nad zmienionemi chorobowo szczytami stłumienie niezależnie od położenia łopatki odpowiada zawsze zmienionemu lub też bardziej zmienionemu szczytowi.

Przy podniesieniu łopatki w górę odgłos opukowy nad zdrowym szczytem staje się głośniejszy i dłuższy; nad bardziej zmienionem płucem odgłos opukowy jest zupełnie niezależny od położenia łopatki. Również w wypadku odmy jawny odgłos opukowy nie ulega zmianom.

Tak więc metoda ta przynosi duże usługi, pozwalając drogą opukiwania w różnych położeniach łopatki stwierdzić, czy szczyt płucny jest zdrowy, czy jest lżej lub ciężej chory lub wreszcie czy istnieje odma.

Dr. Irena Grodzieńska.

——:o:——

R. PASCHKIS. *O obustronnych schorzeniach nerek.* Die Aerztliche Praxis Nr. 2/35 r.

Przypadki obustronnego schorzenia nerek przedstawiają się b. poważnie i wymagają zajęcia b. ostrożnego stanowiska.

Najbardziej znanym typem obustronnego zajęcia nerek jest nerka torbielowata. Uważa się ją za cierpienie wrodzone, choć często objawia się dopiero w późniejszych latach. W typowych przypadkach jest to cierpienie niezbyt ciężkie, w nietypowych objawy bywają b. różne. Charakterystycznemi objawami jest obecność obustronnych guzów o nierównej powierzchni, białkomocz, niski ciężar gatunkowy. Leczenie polega na zachowaniu djety i oszczędzaniu nerek.

Groźnem powikłaniem są krwawienia nerkowe, dochodzące nieraz do b. dużych rozmiarów przy obecności jednostronnie wymacywanego guza budzące podejrzenie nowotworu. Rozpoznanie ułatwia pyelografja: miedniczka i kielichy są w przypadku nerki torbielowatej wydłużone i mają często dziwaczną postać. Stosuje się od szeregu lat przypalanie oraz nakłuwanie jednej lub obydwóch nerek po operacyjnem ich odsłonięciu.

Obustronne wodonercze jest cierpieniem rzadkiem,, objawy daje najrozmaitsze. Rozpoznanie stawiamy na zasadzie badania roentgenologiczno-urologicznego. Leczenie polega w łagodniejszych przypadkach na dokonaniu plastycznej operacji, ułatwiającej odpływ z nerki; często przy niezbyt wielkich zmianach jednej nerki trzeba się uciec do wycięcia ciężej uszkodzonej drugiej nerki.

Pierwotna obustronna gruźlica nerek jest naogół cierpieniem rzadkiem. W tych przypadkach stosuje się często w razie niezbyt dużych zmian w jednej nerce wycięcie bardziej zniszczonej. Nie otrzymuje się wówczas zupełnego zniknięcia podmiotowych objawów, ale w każdym razie czyni się dolegliwości znośnemi.

Najważniejszem, bowiem najczęstszem obustronnem schorzeniem nerek jest kamica. W dalszym wypadku leczenie przedstawia b. trudne zagadnienie, odmienne w każdym poszczególnym przypadku zależnie od rodzaju, wielkości i położenia kamienia oraz stanu czynnościowego nerki.

Operacja jest przeciwskazana w wypadku znacznych rozmiarów kamieni, jeśli tylko podmiotowe objawy nie zmuszają do niej. Obustronna jednoczasowa operacja wykonywana jest tylko w wyjątkowo pomyślnych okolicznościach.

Zwykle operację tę wykonuje się dwuczasowo, przyczem najpierw usuwa się kamienie w nerce, będącej w lepszym stanie. Groźne objawy, jak krwawienie, dreszcze, gorączka i bezmocz zmuszają do natychmiastowej operacji. Zasadą jednak powinno być podobnie jak i w innych obustronnych schorzeniach nerek postępowanie możliwie najbardziej zachowawcze.

Dr. Irena Grodzieńska.

——:o:——

KRUEGER. *Leczenie rezorbcyjne w okulistyce.* (Deutsche Aerztezeitung, 1934 r., Nr. 281, str. 3).

Ponieważ zmętnienia soczewki (zaćma) przypisuje się obecnie anomaljom w soczewkowej przemianie materji i ponieważ zmętnienia te, zwłaszcza w najczęstszej swej postaci, t. zw. zaćmie starczej, niezwykle wolno się rozwijają, autor poczytuje za wskazane przepisywanie środka rezorbcyjnego. Jodowe krople oczne najlepiej jest przepisywać łącznie z tabletkami Jod - Calcium - Diuretin, które jednocześnie dodatnio działają na współistniejące zmiany miażdżycowe w tętnicach. Autor zaleca Jod - Calcium - Diuretin także i w przewlekłych (gruźliczych lub kiłowych) zapaleniach naczyniówki, zarówno jak w miażdżycowych zmianach jagodówki.

DZIAŁ SPOŁECZNO - LEKARSKI.

INSTYTUT SPRAW SPOŁECZNYCH.

Komunikat informacyjny Nr. 130/C, L
(luty 1935 r.).

Wynalazek Pana Prezydenta w służbie higjeny pracy.

W oddziale Higjeny Pracy Państwowej Szkoły Higjeny w Warszawie powstaje nowa instalacja wynalazku Pana Prezydenta Prof. Dr. Ignacego Mościckiego. Połączona ona będzie z nowobudującą się t. zw. komorą wentylacyjną, która służy do badań wpływu czynników klimatycznych na zdrowie. Cała instalacja jest już w trakcie budowy.

Wpływ czynników klimatycznych na zdrowie ludności jest rzeczą powszechnie znaną. Powodują one wiele schorzeń, jak np. zaziębienia i reumatyzm, które dzięki swemu rozpowszechnieniu przyczyniają się znacznie do obniżenia stanu zdrowotnego ludności i pochłaniają dużo strat materjalnych, spowodowanych niezdolnością do pracy oraz kosztami leczenia. Walka z temi chorobami musi być poprzedzona dokładnem poznaniem warunków, w jakich one powstają. Normalnie chodzi tu o cały kompleks czynników, jak temperatura, wilgotność, ruch i ciśnienie powietrza. Aby czynniki te lepiej poznać i zbadać, należy je studjować zarówno oddzielnie jak i w dowolnych kombinacjach. Do stworzenia potrzebnych przy badaniach warunków klimatycznych będzie służył wynalazek Pana Prezydenta, środowiskiem zaś, w którem poczynione zostaną obserwacje będzie ściśle izolowana komora wentylacyjna.

Nowa instalacja powstaje w Oddziale higjeny pracy, ponieważ warunki klimatyczne pomieszczeń do pracy odgrywają szczególną rolę.

Czyste i zdrowe powietrze w fabrykach, hutach, kopalniach i biurach, gdzie duża część naszej ludności spędza 8 godzin dziennie, jest zasadniczym postulatem higjeny. Praca w złych warunkach atmosferycznych, w gorącu lub zimnie, wilgoci i przeciągu oraz w zanieczyszczonem pyłem i szkodliwemi gazami powietrzu, przyczynia się do powstania wielu chorób i obniża wydajność pracy. Poprawa tych warunków na podstawie norm opracowanych naukowo zapobiegnie marnotrawstwu zdrowia, sił i pieniędzy.

Komnikat informacyjny Nr. 136.
(marzec 1935 r.).

Konferencja lekarzy w sprawie higjeny pracy.

Z inicjatywy Instytutu Spraw Społecznych odbyła się w sobotę i niedzielę, 2 i 3 marca r b., w Państwowej Szkole Higjeny konferencja lekarzy w sprawie higjeny pracy. W konferencji wzięli udział lekarze z terenu całej Polski w liczbie ponad 60 osób, w pierwszym zaś rzędzie profesorowie higjeny w Uniwersytetach Warszawskim i Jagiellońskim, Janiszewski i Gądzikiewicz; dr. B. Nowakowski, Kierownik Zakładu Higjeny Pracy przy Państwowym Zakładzie Higjeny, naczelnicy wojewódzkich wydziałów zdrowia, dr. Sęczyk z Katowic i dr. Salak z Krakowa, lekarze fabryczni, kierujący akcją zapobiegawczą w poszczególnych zakładach przemysłowych, oraz szereg lekarzy, interesujących się specjalnie sprawą higjeny pracy.

Referaty sprawozdawcze o organizacji akcji zapobiegawczej na terenie zakładów przemysłowych wygłosili lekarze fabryczni z Wodociągów i Kanalizacji m. Warszawy, Zakładów Pirotechnicznych w Rembertowie, Zakładu Giesche S. A. na Śląsku, huty Silesia na Śląsku.

Konferencja miała na celu z jednej strony wykazanie wielkiego znaczenia gospodarczego i społecznego sprawy higjeny i bezpieczeństwa pracy w przemyśle, z drugiej strony wymianę dotychczasowych doświadczeń, poczynionych w tej dziedzinie w Polsce oraz wskazanie zakresu i kierunku, w jakim racjonalna akcja zapobiegawcza powinna się rozwinąć.

Konferencja wzbudziła wielkie zainteresowanie, wyrazem czego była żywa i rzeczowa dyskusja nad wygłoszonemi referatami. Rezultatem konferencji są jednomyślnie uchwalone wnioski.

1. Konieczność zmniejszenia wielkich strat materjalnych, wynikających z nadmiernej liczby wypadków przy pracy i chorobowości w przemyśle i związane z tem obciążenia życia gospodarczego świadczeniami społecznemi, zmusza do podjęcia energicznej i planowej akcji zapobiegawczej, której koszty stanowić będą zaledwie nieznaczną część sum tą drogą zaoszczędzonych dla gospodarstwa narodowego.

2. Akcja zapobiegawcza powinna być oparta przedewszystkiem na planowej organizacji bezpieczeństwa i higjeny pracy w obrębie zakładów przemysłowych.

3. Akcja w zakresie higjeny i bezpieczeństwa pracy w obrębie zakładów powinna być prowadzona przy czynnym współudziale lekarza, znającego zarówno środowisko pracy, jak stan zdrowia załogi warsztatu pracy. Możliwe to jest jedynie do urzeczywistnienia przez stworzenie stanowisk lekarzy fabrycznych.

4. Zakres działania lekarza fabrycznego powinien obejmować:

a) badania pracowników nowowstępujących w celu ich właściwewego doboru do pracy,

b) badania okresowe załogi w celu wykrywania i racjonalnego zwalczania chorób zawodowych, inicjowania wczesnego leczenia wykrytych wad i chorób zawodowych, oraz dokonywania na tej podstawie zmian przydziałów do pracy,

c) badania okresowe i doraźne środowiska pracy w celu wykrycia i usunięcia szkodliwości wynikających z procesów produkcji i warunków pracy,

d) organizowanie i udzielanie pierwszej pomocy w wypadkach przy pracy i nagłych zachorowań,

e) prowadzenie działalności propagandowej i instrukcyjnej wśród załogi warsztatu pracy,

f) współpracę z administracją fabryczną w zakresie uzdrowotnienia fabryki,

g) współpraca z lekarzami leczącymi i organami służby zdrowia państwowej i samorządowej,

h) prowadzenie rejestracji chorobowości w zakładzie pracy oraz badania nad patologją i higjeną pracy.

5. Do zorganizowania akcji w zakresie higjeny i bezpieczeństwa pracy w obrębie zakładu pracy powołany jest pracodawca. Instytucje Ubezpieczeń Społecznych powinny z nim współdziałać przez stosowanie odpowiedniego systemu składek na ubezpieczenie, oraz przez ułatwienie wykorzystania do tego celu lekarzy zatrudnionych w Ubezpieczelniach Społecznych.

6. Większe zakłady przemysłowe powinny mieć własnego lekarza fabrycznego, zaś mniejsze zakłady mogą być łączone w grupy, podlegające opiece wspólnego lekarza fabrycznego.

7. Niezależnie od działalności lekarzy fabrycznych powinna być rozszerzona sieć lekarskiej inspekcji pracy w celu nadzorowania stanu higjeny pracy w poszczególnych gałęziach przemysłu i w poszczególnych rejonach, przyczem stanowiska te powinny być obsadzone przez higjenistów-fachowców

8. W celu zaznajomienia młodzieży studjującej w niższych, śred-

nich i wyższych szkołach zawodowych ze sprawą higjeny pracy konieczne jest wprowadzenie nauczania i szerzenia zasad higjeny pracy w szkołach zawodowych i obsadzenie lekarzy szkolnych w tych szkołach przez lekarzy dobrze obznajmionych z higjeną pracy.

9. Celem oparcia akcji w zakresie higjeny pracy na podstawach naukowych, powinny być utworzone w Polsce specjalne kliniki i ośrodki chorób zawodowych oraz Instytut Higjeny Pracy, na wzór licznych w innych krajach instytucyj tego rodzaju.

10. Celem przygotowania lekarzy do zadań wynikających z postulatów higjeny pracy należy stworzyć na wydziałach lekarskich Uniwersytetów katedry higjeny pracy i chorób zawodowych oraz zorganizować praktyki studentów w zakresie medycyny pracy.

11. W celu stałego informowania lekarzy o postępach wiedzy w zakresie higjeny pracy oraz wymiany doświadczeń konieczne jest wydawanie lub popieranie specjalnego czasopisma oraz zwoływanie perjodycznych konferencyj i zjazdów poświęconych tym sprawom.

TREŚĆ:

REDAKTOR:
w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

ADRES REDAKCJI:
Al. Ujazdowskie 34 tel. 9.67-75

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 2.11-55

Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5.04-91.